

## 症 例 報 告

摘出開放療法を施行した  
広範な角化嚢胞性歯原性腫瘍の1例宮手 浩樹<sup>1)</sup>, 宮澤 政義<sup>1)</sup>, 秋本 祐基<sup>1)</sup>, 池田 健<sup>2)</sup>, 岡田 あゆみ<sup>3)</sup>A Case of Large Keratocystic Odontogenic Tumor Treated by  
Enucleation and Left the Wound Open.Hiroki MIYATE, Masayoshi MIYASAWA, Yuuki AKIMOTO  
Tatsuru IKEDA, Ayumi OKADA

Key Words : 角化嚢胞性歯原性腫瘍, 摘出開放療法, 治癒経過

## は じ め に

角化嚢胞性歯原性腫瘍 (Keratocystic Odontogenic Tumor : KCOT) は歯原性角化嚢胞として、歯原性発育性嚢胞のひとつに扱われていたが、再発率の高さ、浸潤性など腫瘍性の性格を有する病変であることから、2005年のWHO分類では錯角化の認められるものはKCOTに分類された<sup>1)</sup>。その治療法は上顎では摘出閉鎖創、下顎では摘出開放創や開窓療法後の摘出術が多く用いられている<sup>2)3)4)</sup>。また、それらの再発率は15%以上とする報告が多い<sup>2)3)</sup>。

今回われわれは、左下顎骨に生じた広範なKCOTに対し、アテロコラーゲン膜であるテルダーミス®を併用した摘出開放療法を施行し、術後2年6か月間の経過観察中に再発無く、十分な骨の再形成を確認できた1例を経験したので、その概要を報告した。

## 症 例

年齢、性別：10歳代、男性。

主 訴：左下顎大臼歯部の自発痛。

現病歴：2007年4月上旬から、左下顎大臼歯部に鈍痛を認め、おかだ歯科医院を受診した。同医にてレントゲン写真を撮影したところ、左下顎小臼歯部から下顎枝上方にまで及ぶ広範な多房性の透

過像を認めたため、4月中旬に当科へ紹介となった。

家族歴、既往歴：特記事項なし。

現 症：

全身所見：特記事項なし。

口腔外所見：左下顎部にびまん性の膨隆を認めた。

口腔内所見：左下顎第2小臼歯から第3大臼歯相当部の頬側、および外斜線外側に骨様硬のびまん性腫脹を認めた。

画像所見：パノラマX線写真では左下顎第2小臼歯の根尖部から左下顎骨筋突起、下顎切痕まで及び、下顎骨体部、下顎枝部のほとんどを占める境界明瞭で単房性、一部多房性様の透過像を認め、筋突起の基部には埋伏歯を認めたが、隣接歯の歯根は吸収されてはいなかった(図1-1)。CT画像所見では著明な骨の膨隆と皮質骨の菲薄化を認め、骨隔壁など多房性を示す所見はなかった。埋伏歯は病変と接してはいたが、病変内に含まれてはいなかった(図2-1)。

臨床検査所見：特記事項なし。

処置および経過：初診日に左下顎第2大臼歯を抜歯し、同部の抜歯窩から組織試験採取を行った。病変は薄い軟組織の壁を有する嚢胞状を呈しており、淡黄色漿液性の内容液を有し、その中に黄白色の浮遊物を含んでいた。角化嚢胞性歯原性腫瘍の診断が得られたので、2007年5月上旬に全身麻酔下で下顎骨腫瘍切除術を施行した。手術では左下顎第1大臼歯を抜歯し、そこから生検時に抜歯した第2大臼歯の抜歯窩、および第3大臼歯相当

函館五稜郭病院歯科口腔外科<sup>1)</sup>函館五稜郭病院パソロジーセンター<sup>2)</sup>おかだ歯科医院<sup>3)</sup>

部歯槽頂までの皮質骨を削合して骨を開窓した(図3)。同部から粘膜剥離子を用いて病変を愛護的に剥離し一塊として摘出した。壁は生検時と比較していくぶん厚みを増しており、周囲骨や軟組織からは比較的容易に剥離された。下方に圧排変位されていた下歯槽神経血管束とはわずかに癒着していたが、慎重な操作で完全に剥離が可能だった。筋突起基部に変位していた智歯も同時に摘出された。



図1-1 初診時パノラマX線写真

左下顎骨小白歯部から下顎枝、下顎切痕、筋突起基部に至る広範な透過像を認める。筋突起基部には埋伏智歯が圧排されている(白矢頭)。



図1-2 術後2年目のパノラマX線写真  
腫瘍摘出部は健側とほぼ同程度の不透過性を示している。

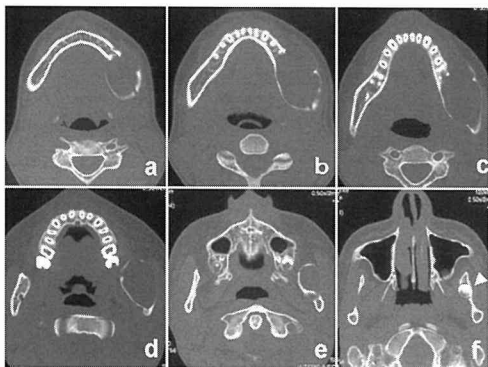


図2-1 術前CT

a. 下顎骨下方, b. 下顎骨中央, c. 下顎骨上方, d. 下顎枝中央, e. 下顎枝上方, f. 筋突起基部。いずれの高さでも下顎骨は膨隆し、皮質骨は菲薄化しており、下顎管は不明瞭である。筋突起基部には埋伏歯を認める(f.白矢頭)。

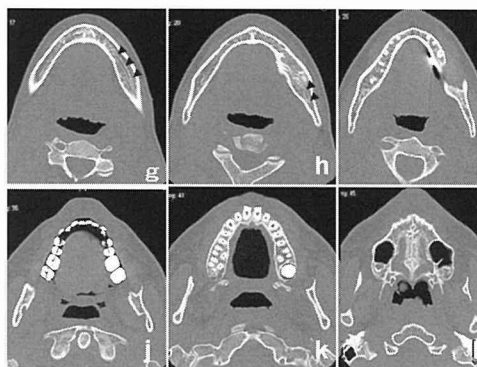


図2-2 術後2年6か月目のCT

およそa-g, b-h, c-i, d-j, e-k, f-lに対応している。いずれも左下顎骨は概ね正常構造を呈している。g, hでは下顎管を明瞭に認める(矢頭)。

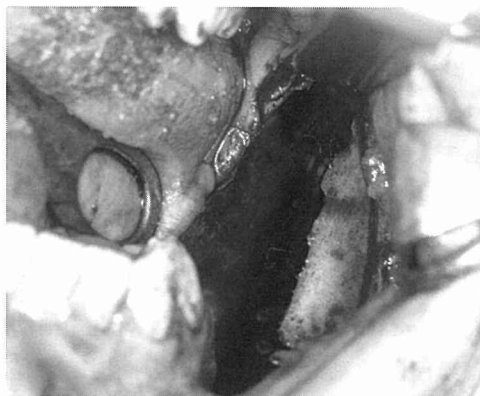


図3 術中

開窓部を示す。

智歯部内側、顎角の頰側、第1大臼歯頰側と第2小白歯の舌側で皮質骨の一部が欠損していた。残存骨が菲薄なことや形態が複雑で器具が挿入できないため、再発予防目的での摘出腔骨面表層の削除は行わなかった。摘出開放創としテルダーミス®(5×5 cm)を露出骨面に貼付して、抗生物質軟膏を塗布した2 cm幅ガーゼ(以下ガーゼ)を5 m填入して縫合固定した。術後はオトガイ神経領域皮膚の知覚異常もなく、良好に経過した。術後6日目にガーゼを、9日目にテルダーミス®のシリコン膜を除去した。創部の十分な自己洗浄が可能となって術後10日目に退院した。術後1か月間は、5分粥キザミ食程度の軟食の摂取を命じた。術後2か月目には口腔内開放部は約40×20×20 mmほどの陥凹となり、表面は十分に上皮化した。術後5か月目にはパノラマX線写真では摘出腔の不透過性がいくぶん増し、口腔内の創部は完全に平

平坦化したので(図4), 局部床義歯を装着した. 経過良好であり, 術後2年のパノラマX線写真では摘出腔の不透過性はいっそう増し, 再発をうかがわせる所見は認めなかった(図1-2).

摘出標本所見: 摘出標本は65×30mm大で, 壁は比較的厚く埋伏智歯は病変の外側に付着していた(図5).

病理組織学的所見: 切り出した標本上も病変は単房性を呈していた. 壁は厚い線維性結合組織からなり, 錯角化を示す扁平上皮に裏装されていた. 上皮基底細胞層では芽出(budding)が散見された. 核の重積や分裂像など, 軽度異型性も認められた(図6).

病理組織学的診断: 角化嚢胞性歯原性腫瘍.

術後2年6か月目のCT所見: 病変部の骨膨隆は消失し, 小臼歯相当下顎骨体部から下顎角, 下顎枝, 筋突起基部に至るまで下顎骨の形態はほぼ左右対称で, 正常な皮質骨と海面骨梁が認められた. 術前には病変に圧排され確認できなかった下顎管も構造が明らかとなっていた(図2-2).

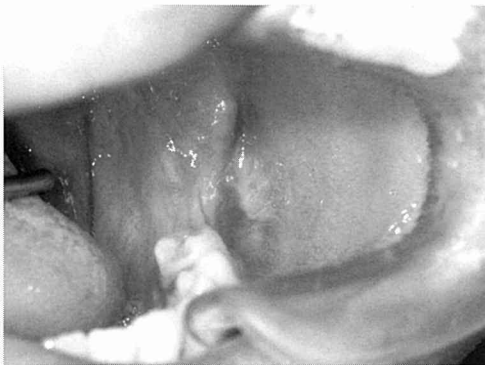


図4 術後5か月目

創部は平坦で上皮化を完了している.



図5 摘出標本

病変の外側に埋伏歯が付着している(左上端).

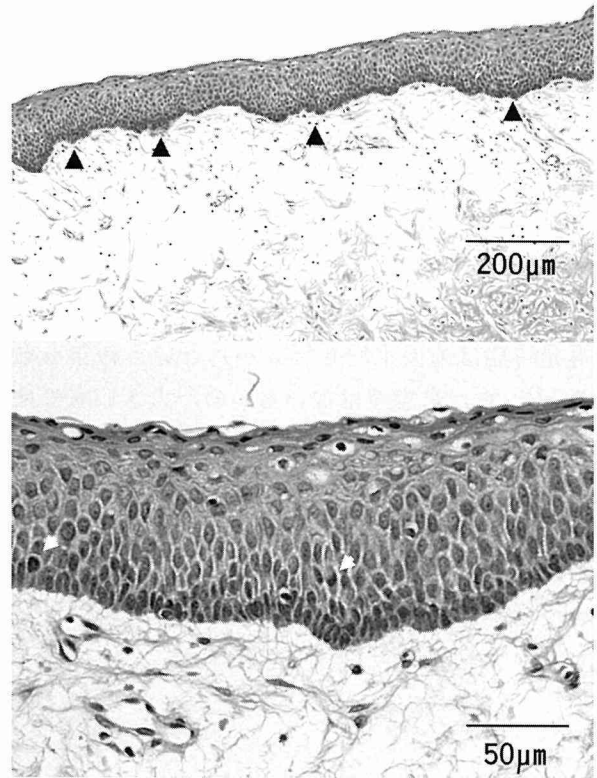


図6 病理組織学的所見(H-E染色)

壁は錯角化を示す扁平上皮に裏層されていた. 上皮基底細胞層では芽出(budding)が散見された(矢頭). 核の重積や分裂像なども認められた(白矢印).

## 考 察

KCOTは以前は歯原性角化嚢胞として發育性嚢胞に分類されていたが, 再発率の高さ, 浸潤性など腫瘍性の性格を持つことから, 2005年のWHO分類では腫瘍として分類された. 治療は下顎では摘出開放療法, 開窓後の摘出療法が, 上顎では摘出閉鎖創とする方法が一般的である<sup>2)3)4)</sup>.

当科では以前より下顎骨の嚢胞, および嚢胞様疾患に対して摘出開放療法を行っており, 止血目的ガーゼの抜去時の疼痛予防や, 露出骨面の二次感染の予防としてアテロコラーゲン膜であるテルダーミス®を使用し, 良好な結果を得ている<sup>4)</sup>.

本症例は裏装上皮の錯角化, 異型性, 上皮基底層のbuddingなどKCOTの病理組織学的特徴を備えており, 臨床的にも病変が下顎骨内に広範に存在しており, 皮質骨の吸収も認められ, 典型的なKCOTの所見であった. 治療は摘出開放療法

を選択し、摘出後の大きな骨腔にテルダーミス®を応用した。術後は後出血、後疼痛や二次感染等なく良好に経過し、術後2年6か月目には摘出腔は顎骨形態、内部骨梁の状態ともに健側とほぼ同様な状態に回復した。病変を破損・取り残しなく一塊として摘出できたこと、皮質骨にはperforation部があったものの、周囲軟組織に損傷なく癒着もなかったことから、再発なく骨の再生も良好に進行したと思われた。

本疾患の再発率は15%以上という報告が多く、再発時期は術後平均6年5か月という報告もある<sup>2)3)</sup>。また有意差はないものの、大きいものほど再発率が増すといわれており、臼歯部では3歯以上の大きさの病変における再発率は20.3%と、それ以下のものの2倍以上と報告されている<sup>2)</sup>。本症例は術後まだ2.5年の経過であり、きわめて大きな病変であったことから、今後も再発について厳重な経過観察が必要と思われた。

## 文 献

- 1) Barnes L, Eveson J et al: World Health Organization Classification of Tumors: Pathology and Genetics Head and Neck Tumors. International Agency for Research on Cancer Press, 2005
- 2) 水田 法彦, 上村 清仁 他: 角化嚢胞性歯原性腫瘍と正角化を示す歯原性嚢胞に関する臨床病理学的検討. 日口腔科会誌 57: 267-271, 2008
- 3) 友松 伸允, 鶴澤 成一 他: 角化嚢胞性歯原性腫瘍の臨床的検討. 日口腔外会誌 54: 323-333, 2008
- 4) 宮手 浩樹, 宮澤 政義 他: 当科における顎骨嚢胞に対する治療の現況. 函館五稜郭病院医誌 16: 9-12, 2008